Załącznik nr 2 do Załącznika nr 7 do Programu wsparcia aktywizacji zawodowej opiekunów osób niepełnosprawnych - edycja 2025 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

**Ankieta ewaluacyjna dla uczestników Programu**

Instrukcja: Ankietę należy przekazać każdemu uczestnikowi po zakończeniu uczestnictwa. Ankieta jest **anonimowa**, należy udzielić odpowiedzi jedynie na zawarte w niej pytania. Wyniki z przeprowadzonego badania Realizator jest zobowiązany umieścić w Załączniku (numer) w formie zsumowanych wyników dla wszystkich uczestników, wskazując dane dla poszczególnych, wyróżnionych kategorii. Nie należy podawać żadnych dodatkowych danych umożliwiających zidentyfikowanie uczestnika. Pytania oznaczone \* zawierają możliwość udzielenia odpowiedzi poza katalogiem uwzględnionym w pytaniu.

1. Wiek uczestnika:
   * 15-17
   * 18-24
   * 25-34
   * 35-44
   * 45-59
   * 60-64
   * 65 lat i więcej
2. Płeć uczestnika:
   * Kobieta
   * Mężczyzna
3. Wielkość miejsca zamieszkania:
   * Wieś
   * Miasto do 50 tys.
   * Miasto od 50 tys. do 150 tys.
   * Miasto od 150 tys. do 500 tys.
   * Miasto powyżej 500 tys.
4. Województwo, na terenie którego uczestnik korzystał z Programu:
   * Dolnośląskie
   * Kujawsko-pomorskie
   * Lubelskie
   * Lubuskie
   * Łódzkie
   * Małopolskie
   * Mazowieckie
   * Opolskie
   * Podkarpackie
   * Podlaskie
   * Pomorskie
   * Śląskie
   * Świętokrzyskie
   * Warmińsko-mazurskie
   * Wielkopolskie
   * Zachodniopomorskie
5. Wykształcenie uczestnika:
   * Podstawowe
   * Gimnazjalne
   * Średnie
   * Zawodowe
   * Wyższe
6. Sytuacja zawodowa uczestnika w dniu zgłoszenia udziału:
   * Bezrobotny/a
   * Bierny/a zawodowo poszukujący/a pracy
   * Bierny/a zawodowo nie poszukujący/a pracy
   * Zatrudniony
7. Liczba osób z niepełnosprawnością, nad którą/ którymi sprawuje Pan/Pani opiekę:
   * 1
   * 2
   * 3
   * 4 i więcej.
8. Wiek osoby z niepełnosprawnością nad którą jest sprawowana opieka: …… lat
9. *\*Jeżeli opieka jest sprawowana nad więcej niż jedną osobą, proszę wskazać wiek każdej osoby:*
   * Wiek 1-szej osoby z niepełnosprawnością: …… lat
   * Wiek 2-giej osoby z niepełnosprawnością: …… lat
   * Wiek 3-ciej osoby z niepełnosprawnością: …… lat
   * Wiek 4-tej osoby z niepełnosprawnością: …… lat
   * Nie dotyczy.
10. Czy pobiera Pan/Pani świadczenia w związku z pełnieniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością:
    * Nie
    * Tak\*
11. \*Jeśli pobiera Pan/Pani świadczenia w związku z pełnieniem opieki nad osobą z niepełnosprawnością to jakie:
    * Świadczenie pielęgnacyjne na „starych zasadach”
    * Świadczenie pielęgnacyjne na „nowych zasadach”
    * Zasiłek opiekuńczy
    * Specjalny zasiłek opiekuńczy
    * Świadczenie opiekuńcze
    * Inne, (jakie?) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
    * Nie dotyczy
12. Czy był/a Pan/i zatrudniona przed udziałem w Programie:
    * Nie
    * Tak
13. \*Jeśli tak, to na jakiej podstawie:
    * Umowa o pracę
    * Umowa zlecenie
    * Umowa o dzieło
    * Umowa o prace nakładczą
    * Umowa na pracę sezonową
    * Inna, ………………………………………………………………………………………………………………
    * Nie dotyczy
14. \*Jeśli tak, to ile trwało zatrudnienie
    * Mniej niż 3 miesiące
    * 3 miesiące, ale krócej niż rok
    * 1 rok, ale mniej niż 3 lata
    * 3 lata i więcej
    * Nadal jestem zatrudniony/a, od ……
    * Nie dotyczy
15. Czy był/a Pan/i aktywna na rynku pracy przed udziałem w Programie?
    * Tak
    * Nie
16. \*Jeśli tak, jaką pracę Pan/i wykonywał/a dotychczas?
17. \*Jeśli nie, jak długo pozostaje Pan/Pani bez pracy?
    * Mniej niż 3 miesiące
    * 3 miesiące, ale krócej niż rok
    * 1 rok, ale mniej niż 3 lata
    * 3 lata i więcej
    * Nadal jestem zatrudniony/a, od ……
18. Do jakiej grupy podmiotów należał Realizator Programu, w którym Pan/i uczestniczył/a?
    * podmiot ekonomii społecznej;
    * publiczne służby zatrudnienia;
    * OHP;
    * agencja zatrudnienia;
    * instytucja szkoleniowa;
    * jednostka samorządu terytorialnego.
19. Którym Modułem został/a Pan/i objęta?
    * Tylko Moduł I
    * Tylko Moduł II
    * Moduł i Moduł II u tego samego realizatora
    * Moduł I i Moduł II u dwóch realizatorów
20. W jakich zadaniach brał/a Pan/i udział? (właściwe podkreślić)
    * Moduł I
    1. indywidualne konsultacje z doradcą zawodowym;
    2. warsztaty dotyczące planowania kariery, przygotowania CV i rozmów kwalifikacyjnych;
    3. analizę kompetencji i wsparcie uczestnika Programu w wyborze ścieżki zawodowej;
    4. wsparcie w opracowaniu Indywidualnego Planu Działania prowadzącego do podjęcia zatrudnienia przez uczestnika Programu;
    5. wsparcie w poszukiwaniu zatrudnienia na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie umów cywilnoprawnych, z uwzględnieniem m.in. pracy zdalnej, różnych form organizacji czasu pracy, pracy w różnych wymiarach czasu pracy, zatrudnienia na czas określony, pracy tymczasowej, zatrudnienia na czas wykonania określonej pracy;
    6. wsparcie w poszukiwaniu programów stażowych i mentoringowych;
    7. wsparcie w poszukiwaniu pracodawców oferujących zatrudnienie na warunkach umożliwiających łączenie obowiązków zawodowych z obowiązkami wynikającymi ze sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
    8. wsparcie w założeniu własnej działalności gospodarczej przez uczestnika Programu.
    * Moduł II
    1. warsztaty radzenia sobie ze stresem;
    2. konsultacje z psychologiem i coachem kariery;
    3. warsztaty o tematyce przeciwdziałania wykluczeniu i izolacji społecznej opiekunów osób niepełnosprawnych;
    4. warsztaty albo konsultacje mające na celu poprawę relacji rodzinnych i społecznych oraz równowagi między życiem zawodowym a osobistym;
    5. szkolenia o charakterze warsztatowym dotyczące np. zarządzania czasem, negocjacji, asertywności, komunikacji interpersonalnej, radzenia sobie z konfliktami, inteligencji emocjonalnej, pracy zespołowej;
    6. kursy komputerowe dostosowane do poziomu zaawansowania obsługi komputera przez uczestnika Programu;
    7. szkolenia lub kursy z obszaru już posiadanych umiejętności/kwalifikacji - aktualizacja wiedzy po przerwie w wykonywaniu pracy;
    8. szkolenia lub kursy zawodowe pozwalające uzyskać nowe kompetencje i/lub uprawnienia zawodowe.
21. Czy w trakcie lub po zakończeniu udziału w Programie podjął/ęła Pan/i staż/praktyki/pracę:
    * Tak
    * Nie
22. \*Jeśli tak, proszę wskazać które:
    * Staż
    * Praktyki
    * Pracę
    * Nie dotyczy
23. \*Jeśli tak, w jakim wymiarze:
    * Pełny etat (w przypadku pracy)
    * Część etatu, wskazać jaką część ………………………. (w przypadku pracy)
    * ………………………………………………. (liczba tygodni lub miesięcy w przypadku praktyk lub stażu)
    * Nie dotyczy
24. \*Jeśli tak, w jakim trybie:
    * Podstawowy czas pracy
    * Zadaniowy czas pracy
    * Przerywany czas pracy
    * Skrócony czas pracy,
    * Inne: ….
    * Nie dotyczy
25. \*Jeśli tak, w jakim systemie:
    * Praca tylko stacjonarna
    * Praca hybrydowa
    * Praca w pełni zdalna
    * Nie dotyczy
26. Jeśli tak, na podstawie jakiej umowy
    * Umowa o pracę
    * Umowa zlecenie
    * Umowa o dzieło
    * Umowa o prace nakładczą
    * Umowa na pracę sezonową
    * Inna: ………………………………………………………………………………………………………………
    * Nie dotyczy
27. \*Jeśli tak, na jakim stanowisku (wskazać) …………………………………………………………………………………..
28. \*Jeśli nie, proszę wskazać przyczynę:
    * Brak dostępnych ofert pracy
    * Brak możliwości pogodzenia obowiązków związanych z opieką nad osobą z niepełnosprawnością z podjęciem zatrudnienia
    * Możliwa utrata świadczenia pieniężnego z tytułu uzyskania wyższego dochodu
    * Inne,(jakie?)……………………………………………………………………………………………………
    * Nie dotyczy
29. Jak ocenia Pan/i udział w Programie?
    * 5 – bardzo dobrze
    * 4 – dobrze
    * 3 – przeciętnie
    * 2 – raczej źle
    * 1 – źle
    * Nie mam zdania
30. Czy Pana/Pani zdaniem udział w Programie poprawił Pana/i sytuację na rynku pracy?
    * Tak
    * Nie